

La richiesta deve essere correlata da:

- indicazione inequivocabile che l'assicurato intende eseguire le cure in un altro stato membro UE,
- indicazione delle prestazioni sanitarie che l'assicurato vuole usufruire in un altro stato membro UE,
- documentazione sanitaria riguardante le cure finora trattate in Slovenia,
- documentazione comprovante che l'assicurato è iscritto nella lista di attesa,
- documentazione comprovante la data stabilita per le cure in Slovenia e presso quale operatore, e
- la documentazione necessaria per la procedura di decisione su richiesta del ZZS.

La richiesta per l'approvazione delle cure all'estero conforme all'Articolo 44.c ZZVZZ segue lo stesso procedimento per l'approvazione delle cure all'estero in base all'Articolo 44.b ZZVZZ. **Si verifica se il periodo di attesa massimo consentito per una determinata prestazione è scaduto**, e se in Slovenia non vi è altro operatore che possa garantire le prestazioni nell'ambito del periodo di attesa massimo consentito o se il periodo di attesa stabilito superi quello ragionevole.

Nel caso siano state approvate le cure all'estero, l'assicurato può usufruire delle prestazioni sanitarie presso l'operatore in un altro stato membro UE. L'assicurato paga le spese delle cure transfrontaliere e presenta **domanda di rimborso** al ZZS di competenza **a termine delle cure ospedaliere** o delle cure specialistiche ambulatoriali. In questo caso deve presentare:

- numero e la data della decisione del ZZS riguardo il rimborso delle spese per il valore della prestazione sanitaria,
- apposita documentazione delle prestazioni sanitarie usufruite
- fattura originale che si riferisce alla prestazione sanitaria erogata la conferma del pagamento,
- numero del conto sul quale andrà versato il rimborso e dell'istituto bancario competente.

Le spese si rimborsano all'assicurato per l'importo del prezzo medio dei detti servizi in Slovenia ma senza superare le spese effettive. Il ZZS rimborsa le spese in base all'assicurazione sanitaria obbligatoria, mentre la differenza del costo viene rimborsata dalla società assicuratrice con la quale l'assicurato ha stipulato il contratto di assicurazione facoltativa.

In tale caso l'assicurato non ha diritto al rimborso delle spese di viaggio e del costo del ricovero.

C Quando non necessita il previo consenso?

L'assicurato ha diritto al rimborso delle spese senza la previa approvazione:

- per prestazioni sanitarie specialistiche ambulatoriali in base all'impegnativa precedentemente rilasciata dal medico in Slovenia,
- per le prestazioni sanitarie specialistiche ambulatoriali di cui ha diritto senza impegnativa nella rete di servizi di sanità pubblica in Slovenia,
- per il farmaco o dispositivo medico in base alla ricetta o alla prescrizione del medico in Slovenia,

- per le cure termali, per il dispositivo medico prima della scadenza dello stesso e prima del diritto ad un dispositivo medico superiore in base alla decisione del ZZS precedentemente rilasciata.

Il rimborso delle spese viene realizzato per le prestazioni sanitarie derivanti dal diritto dell'assicurazione sanitaria obbligatoria in Slovenia e di cui la persona usufruisce in un altro stato membro UE.

Procedura per il rimborso-spese per le prestazioni sanitarie del trattamento non-ospedaliero, ambulatoriale all'estero

Le prestazioni sanitarie non-ospedaliere (cure, esami, visite) sono prestazioni che non necessitano di ricovero. Dopo la cura specialistica ambulatoriale eseguita nell'altro stato membro UE, l'assicurato fa la richiesta di rimborso delle spese per le cure ambulatoriali presso l'unità regionale ZZS di competenza. Alla richiesta vanno allegati:

- l'impegnativa originale o altra documentazione se la prestazione specialistica ambulatoriale può essere prestata senza impegnativa nella rete di servizi sanitari pubblica in Slovenia,
- la documentazione inerente la prestazione sanitaria trattata,
- la fattura originale per la prestazione sanitaria con conferma del pagamento,
- il nome dell'istituto bancario competente e il numero del conto sul quale viene effettuato il rimborso.

Nella procedura, il ZZS verifica se l'assicurato ha usufruito della prestazione sanitaria non-ospedaliera (ambulatoriale) in un altro stato membro UE e in caso di conferma gli vengono rimborsate le spese pari all'importo del prezzo medio della prestazione medesima in Slovenia ma non oltre le spese effettive. Il ZZS rimborsa le spese in base all'assicurazione sanitaria obbligatoria mentre la differenza del costo viene rimborsata dalla società assicuratrice con la quale l'assicurato ha stipulato il contratto per l'assicurazione sanitaria facoltativa.

4. Informazione sulle differenze di procedura dell'applicazione dei diritti in base agli Articoli 44.b e 44.c ZZVZZ

In base all'Articolo **44.b. ZZVZZ** gli assicurati possono usufruire di prestazioni sanitarie all'estero solo presso operatori che fanno parte della rete di servizi di sanità pubblica e sono convenzionati con la società assicuratrice pubblica, mentre in base all'Articolo **44.c ZZVZZ** gli assicurati possono eseguire dette prestazioni anche presso gli operatori privati che non sono convenzionati con la società assicuratrice pubblica.

In base all'Articolo **44.b ZZVZZ** l'assicurato ha il diritto al rimborso delle spese viaggio e delle spese di ricovero. In conformità con l'Articolo **44.c ZZVZZ** l'assicurato deve sostenere in proprio le spese delle cure trattate all'estero e successivamente chiedere il rimborso del valore di tali prestazioni nel proprio paese fatta eccezione per le spese di viaggio e ricovero.

Il rimborso delle spese per le prestazioni sanitarie usufruite in base all'Articolo **44.b ZZVZZ** corrisponde al costo delle stesse del sistema sanitario pubblico dello stato membro in cui la prestazione è stata erogata. Il rimborso delle spese di cui all'Articolo **44.c ZZVZZ** corrisponde, invece, all'importo del costo medio di dette prestazioni in Slovenia ma non deve superare le spese effettive.

5. Punto di Contatto Nazionale

In base alla Direttiva 2011/24/UE in Slovenia è stato costituito il Punto di Contatto Nazionale presso il ZZS per l'assistenza sanitaria transfrontaliera il cui obiettivo è di offrire informazioni inerenti a questo tipo di assistenza sia agli assicurati Sloveni che hanno desiderio di curarsi all'estero sia agli assicurati stranieri che desiderano curarsi in Slovenia.

Il Punto di Contatto Nazionale fornisce tali informazioni sul suo sito www.nkt-z.si, tramite e-mail kontakt@nkt-z.si, e tramite call center (tel. +386 (0)1/30-77-222) durante l'orario d'ufficio.

Informazioni supplementari:

- Il punto di contatto per l'assistenza sanitaria transfrontaliera tel.n. +386 (0)1/30-77-222, e-mail: kontakt@nkt-z.si
- Sito <http://www.nkt-z.si> e <http://www.zzs.si>,
- Segreteria telefonica automatica ZZS tel. n. +386 (0)1/30-77-300,
- Responsabili autorizzati presso le filiali, unità regionali e Direzione ZZS,
- ZZS Sede regionale di Celje, tel. n. +386 (0)3/42 02 000,
- ZZS Sede regionale di Koper, Capodistria tel. n. +386 (0)5/66 87 200,
- ZZS Sede regionale di Krško, tel. n. +386 (0)7/49 02 490,
- ZZS Sede regionale di Kranj, tel. n. +386 (0)4/23 70 100,
- ZZS Sede regionale di Lubiana, tel. n. +386 (0)1/30 77 200,
- ZZS Sede regionale di Maribor, tel. n. +386 (0)2/29 09 300,
- ZZS Sede regionale di Murska Sobota, tel. no. +386 (0)2/53 61 550,
- ZZS Sede regionale di Nuova Gorizia, tel. n. +386 (0)5/33 81 000,
- ZZS Sede regionale di Novo mesto, tel. n. +386 (0)7/39 33 500,
- ZZS Sede regionale di Ravne na Koroškem, tel. n. +386 (0)2/82 10 100.

Basi giuridiche che definiscono il diritto e la procedura per l'esercitazione delle cure programmate all'estero:

- Regolamento (CE) 883/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale
- Direttiva 2011/24/UE sui Diritti dei pazienti all'accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera
- Legge sull'assistenza sanitaria e l'assicurazione sanitaria (Gazzetta Ufficiale RS n. 72/06 – testo ufficiale revisionato e successive)
- Regolamento dell'Assicurazione sanitaria obbligatoria (Gazzetta Ufficiale RS n. 30/03 – testo ufficiale revisionato e successive)
- Regolamento dei periodi di attesa massimi consentiti per le singole prestazioni sanitarie e sulla gestione delle liste di attesa (Gazzetta Ufficiale RS n. 63/2010)
- Decisione sulla determinazione delle percentuali del valore di prestazioni garantite dall'Assicurazione sanitaria obbligatoria (Gazzetta Ufficiale RS n. 1/2013)
- Decreto sulla lista delle prestazioni sanitarie richiedenti la precedente approvazione (Gazzetta Ufficiale RS n. 6/2014)

Diritto alla cura programmata all'estero



Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

www.zzs.si



Introduzione

Gli assicurati sloveni possono usufruire di cure programmate in altri stati:

- 1) in caso siano esaurite tutte le possibilità di cure in Slovenia (Articolo 44.a della Legge sull'assistenza sanitaria e l'assicurazione sanitaria: di seguito: ZZZVZ) – *legislazione slovena*, o in caso
- 2) siano scaduti i tempi di attesa massimi consentiti o il tempo ragionevole di attesa in Slovenia (Articolo 44.b ZZZVZ), *Regolamento (CE) 883/2004*, oppure
- 3) si decida di usufruire delle cure in un altro stato membro UE (Articolo 44.c ZZZVZ), *Direttiva 2011/24UE*.

1. Diritto alle cure programmate all'estero in base all'Articolo 44.a ZZZVZ

In conformità all'Articolo 44.a ZZZVZ, l'assicurato ha il diritto all'approvazione dell'esame, delle visite o delle cure all'estero nonché al rimborso dei costi di dette prestazioni **se in Slovenia risultino esaurite tutte le possibilità di esami, visite o cure, e se all'estero ci siano delle reali possibilità di guarigione, miglioramento o prevenzione dell'ulteriore peggioramento dello stato di salute.**

La richiesta per l'approvazione delle cure all'estero a causa dell'esaurimento delle possibilità di trattamento in Slovenia, può essere consegnata dall'assicurato presso qualsiasi unità regionale o filiale del Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije / l'Istituto per la assicurazione sanitaria della Slovenia (denominazione breve: ZZZS) o inviata all'indirizzo: ZZZS OE Lubiana, Miklošičeva cesta 24, 1507 Lubiana. L'argomentazione del trattamento proposto all'estero viene stabilita dall'ufficiale ZZZS in base alla documentazione presentata, al parere della clinica o dell'Istituto, e all'eventuale parere del medico curante, del membro della commissione o di un altro medico del ZZZS. L'Unità regionale competente del ZZZS si assume i costi delle cure approvate all'estero rilasciando l'apposito documento con il quale l'assicurato ha il diritto alle prestazioni prestabile.

Il ZZZS copre le spese in base all'assicurazione obbligatoria, l'eventuale differenza fino al valore totale delle prestazioni sanitarie verrà coperto dalla compagnia di assicurazione sanitaria facoltativa con la quale l'assicurato ha stipulato il contratto, oppure verrà sostenuta in proprio. L'assicurazione sanitaria obbligatoria copre anche i costi di viaggio e di ricovero. L'assistito al ritorno dalle cure fa richiesta del rimborso spese per il viaggio presso l'unità regionale del ZZZS di competenza. Se l'assicurato usufruisce delle cure senza previa approvazione, viene applicata la stessa procedura.

2. Diritto alle cure programmate negli stati con il vigente ordinamento giuridico europeo in base all'Articolo 44.b ZZZVZ

In base all'Articolo 44.b ZZZVZ l'assicurato ha il diritto all'approvazione dell'esame, delle visite o delle cure nello stato in cui vige l'ordinamento giuridico UE, o al rimborso dei costi di queste prestazioni **se in Slovenia, al momento di iscrizione nella lista di attesa, gli è stato stabilito un**

periodo di attesa che supera il periodo massimo di attesa consentito e se in Slovenia non vi è altro operatore in grado di fornire tali prestazioni in breve tempo.

I periodi di attesa massimi consentiti sono stabiliti dal Regolamento sui massimi periodi di attesa consentiti per le singole prestazioni sanitarie e sulla gestione delle liste di attesa, il quale definisce anche la procedura d'iscrizione e i criteri prioritari per l'inserimento dei pazienti nella lista di attesa e le forme di gestione delle liste di attesa presso operatori della rete dei servizi di sanità pubblica.

Procedura di applicazione del diritto

L'assicurato può rivolgersi al ZZZS, Unità regionale di Lubiana, Miklošičeva 24 - SI1507 Lubiana in caso di cure cui periodi di attesa sono troppo lunghi. La domanda deve contenere:

- citazione inequivocabile che l'assicurato intende eseguire le cure, l'esame o le visite nello stato in cui vige l'ordinamento giuridico UE in conformità con la legislazione europea,
- documentazione sanitaria relativa alle cure finora eseguite in Slovenia,
- documentazione comprovante che l'assicurato è in lista di attesa,
- documentazione che riguarda la data prestabilita per le cure in Slovenia e presso quale operatore,
- un'ulteriore documentazione necessaria per le procedure della applicazione del diritto,
- i dati della Società o dell'Istituto di assicurazione e il numero della polizza con la quale l'assicurato ha stipulato il contratto di assicurazione sanitaria facoltativa.

Se è stata presentata la richiesta per la cura all'estero a causa dei periodi di attesa troppo lunghi in Slovenia, si deve verificare se è stato superato il periodo di attesa massimo consentito per una data prestazione e se in Slovenia non vi sia altro operatore disponibile che eroghi dette cure senza superare il tempo di attesa massimo.

Se viene superato il periodo di attesa massimo consentito e in Slovenia non vi è altro operatore che possa offrire questi trattamenti entro il periodo di attesa massimo consentito (il periodo di attesa massimo consentito è stato superato da tutti gli operatori in Slovenia), all'assicurato vengono consentite le cure nello stato membro UE, nello Spazio economico europeo o in Svizzera. Prima dell'approvazione, il ZZZS chiede alla clinica o all'Istituto competente il parere della durata prevista delle cure, dell'esame o delle visite, si informa circa la necessità di accompagnamento, sul modo di trasporto e sull'operatore adeguato più vicino che potrebbe assicurare le cure necessarie, l'esame o le visite nell'altro stato in cui vige l'ordinamento giuridico UE. Dopo l'acquisizione del parere da parte della clinica o dell'Istituto competente, l'intera documentazione viene trasmessa al responsabile del ZZZS che rilascia la delibera.

Quando viene stabilito che in Slovenia vi è almeno un operatore in grado di prestare i dovuti trattamenti **nell'ambito del periodo di attesa massimo consentito o che il periodo di attesa non viene superato**, il ZZZS chiede, in base all'apposita documentazione, il parere alla clinica o all'Istituto competente e precisamente se, rispetto all'inserimento dell'assicurato nella lista di attesa, il periodo di attesa supera il tempo ragionevole. In caso di parere positivo, il consulto della clinica riporta anche il parere per la durata prevista

delle cure, dell'esame o delle visite, per la necessità di accompagnamento e modalità di trasporto, nonché riguardo l'operatore adeguato più vicino che sarebbe in grado di garantire tali cure, l'esame o le visite proposte nell'altro stato in cui vige l'ordinamento giuridico UE. In base al parere della clinica o dell'Istituto competente, la documentazione viene trasmessa all'ufficiale del ZZZS che rilascia la delibera.

In approvazione della cura all'estero a causa dei lunghi periodi di attesa, l'assicurato ha diritto al rimborso delle spese viaggio in conformità con la legislazione europea.

Se l'assicurato **richiede il rimborso delle spese** sostenute per cure dopo che sono state usufruite all'estero a causa dei lunghi periodi di attesa, viene applicata la stessa procedura.

Se l'assicurato paga le spese in proprio, ha il diritto al rimborso dell'importo delle spese effettive sostenute, ma non di più di quanto sarebbero le spese sostenute per le stesse prestazioni presso la rete della sanità pubblica dello stato dove sono state usufruite. L'assicurato verrà rimborsato dal ZZZS dal fondo di assicurazione sanitaria obbligatoria. L'eventuale differenza al valore totale delle prestazioni sanitarie viene coperta dalla compagnia assicurativa con la quale l'assicurato ha stipulato il contratto di assicurazione sanitaria facoltativa o dall'assicurato stesso.

Se l'assicurato usufruisce del diritto alle cure programmate nell'altro stato in cui vige l'ordinamento giuridico UE, viene emesso il modello E112, con il quale a diritto alle prestazioni sanitarie presso operatore sanitario del sistema sanitario pubblico o presso operatore privato convenzionato con l'Istituto assicurativo pubblico.

3. Diritto alle cure programmate in un altro stato membro UE in base all'Articolo 44.c ZZZVZ

L'assicurato ha il diritto, in base all'Articolo 44.c ZZZVZ, di decidere autonomamente in quale stato membro UE e presso quale operatore di prestazioni sanitarie usufruirà l'assistenza sanitaria solo se trattasi di prestazioni sanitarie di cui ha diritto anche in Slovenia in base all'assicurazione sanitaria obbligatoria. Con l'impegnativa o prescrizione rilasciata in Slovenia, l'assicurato può usufruire della prestazione sanitaria in un altro stato membro UE, sia presso operatori di prestazioni sanitarie nella rete di servizi di sanità pubblica che operatori privati. Le prestazioni sanitarie ospedaliere con ricovero e di prestazioni sanitarie che richiedono l'utilizzo delle infrastrutture o attrezzature mediche altamente specializzate e costose, necessitano previa approvazione del ZZZS.

L'assicurato sostiene in proprio le spese delle cure transfrontaliere richiedendo successivamente il rimborso in Slovenia. Le spese vengono rimborsate a seconda del costo medio di dette prestazioni in Slovenia ma non superando le spese effettive. Il ZZZS rimborsa le spese in base all'assicurazione sanitaria obbligatoria, il rimborso della differenza fino al valore totale delle prestazioni sanitarie viene richiesto dall'assicurato alla compagnia assicurativa con la quale ha stipulato il contratto di assicurazione sanitaria facoltativa. In tale caso l'assicurato non ha diritto al rimborso delle spese di viaggio e spese di ricovero.

A Quando l'assicurato non ha diritto al rimborso delle spese delle prestazioni sanitarie usufruite all'estero?

L'assicurato non ha diritto al rimborso delle spese delle prestazioni sanitarie usufruite all'estero nei seguenti casi:

- prestazioni sanitarie dell'assistenza sanitaria di base (medico di base, dentista, ginecologo,...),
- prestazioni sanitarie di assistenza medica di lunga durata, ivi comprese cure ospedaliere con trattamenti ed assistenza nelle istituzioni socio-assistenziali,
- prestazioni sanitarie nell'ambito dell'approvvigionamento e del trapianto di parti del corpo umano,
- prestazioni sanitarie nell'ambito di programmi di screening medico,
- coabitazione di uno dei genitori nell'Istituto di cura con minorenni di età fino ai 5 anni compresi
- dispositivi medici che sono oggetto di noleggio per necessità del trattamento, di cura e riabilitazione a domicilio
- cane guida addestrato di cui ha diritto la persona non vedente,
- spese di viaggio e di accompagnamento.

B Quando è necessaria il previo consenso del ZZZS?

Si richiede la previa approvazione del ZZZS, quale condizione per usufruire del diritto al rimborso delle spese delle cure all'estero in caso di:

- prestazioni sanitarie ospedaliere con ricovero,
- prestazioni sanitarie stabilite con il "Decreto del lista delle prestazioni sanitarie previa approvazione", richiedenti l'utilizzo delle infrastrutture mediche e attrezzature mediche altamente specializzate e costose (scintigrafia con rilevatore di coincidenza delle emissioni positroniche o senza rilevatore, camera positronica, tomografia ad emissione positronica, tomografia computerizzata, camera iperbarica, dispositivo per fotografia mediante risonanza magnetica nucleare per uso clinico, dispositivo per spettrometria mediante risonanza magnetica nucleare per uso clinico).

Il previo consenso non viene autorizzato in caso di:

- la prestazione sanitaria può essere usufruita nell'ambito dei periodi di attesa massimi consentiti presso almeno un operatore dell'attività sanitaria in Slovenia e quando, rispetto allo stato di salute dell'assicurato e all'andamento probabile della malattia, non sarà oltrepassato il tempo ragionevole per la cura;
- l'assicurato viene esposto al rischio della sicurezza che viene considerato inaccettabile e vanno considerati anche gli eventuali vantaggi che la prestazione sanitaria, oggetto della previa approvazione, possa offrire;
- a causa della pericolosità della prestazione sanitaria previamente approvata e se la prestazione sarà effettuata dall'operatore dei servizi sanitari per il quale esistono seri e concreti dubbi in merito agli standard e alle norme di qualità, sicurezza e controllo dell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Procedura di acquisizione dell'approvazione del ZZZS e del rimborso spese

L'assicurato sottopone la richiesta per l'approvazione delle cure di cui all'Articolo 44.c ZZZVZ al ZZZS, Unità regionale di Lubiana, Miklošičeva cesta 24, 1507 Lubiana.